

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 5

LA
THROMBO-PHLEBITE UTÉRO-PELVIENNE
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Novembre 1924

PAR

Etienne-François-Xavier MONTESTRUC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à VINASSAN (Aude), le 20 Août 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIERE, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	<i>Juges.</i>
		PÉRY, agrégé	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 5

LA
THROMBO-PHLÉBITE UTÉRO-PELVIENNE
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Novembre 1924

PAR

Etienne-François-Xavier MONESTRUC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à VINASSAN (Aude), le 20 Août 1900.

Examineurs de la Thèse

{	MM. RIVIÈRE, professeur	<i>Président.</i>
	GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
	PÉRY, agrégé	
	DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale.....	VERGER.
	CASSAËT.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZES.
Anatomie.....	PICQUÉ.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHE.
Médecine légale et déontologie..	LANDE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIE.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale ...	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	N.
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants ...	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale ...	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREULH.
Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.	N.
Clinique des maladies nerveuses et mentales ...	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
	N.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N.
	MAURIAC.
Médecine générale.....	LEURET.
	DUPÉRIÉ.
	CREYX.

MM.

Médecine générale.....	MICHELEAU.
	BONNIN.
Maladies mentales.....	PERRENS.
	ROCHER.
Chirurgie générale	DUVERGEY.
	PAPIN.
	JEANNENEY.
	PÉRY.
Obstétrique.....	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	TEULIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	FAUGÈRE.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Ophtalmologie	CABANNES.

MM.

Puériculture	ANDÉRODIAS.
Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Chimie minérale	N.
Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA MÈRE

*Je dédie pieusement cette thèse,
comme témoignage de mon immense
amour et de ma profonde vénération.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

Trop faible témoignage de reconnaissance pour tout le bonheur qu'il nous a sacrifié.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

AU BORDEAUX-ÉTUDIANTS-CLUB

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE ET COLONIALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURBIN

ANCIEN MÉDECIN RÉSIDANT DES HÔPITAUX

*Qui a bien voulu, au cours de l'exécution de cette thèse, m'aider de sa haute compétence et de ses conseils si appréciés
Qu'il trouve ici le témoignage sincère de
notre reconnaissance pour nous avoir
rendu plus facile ce modeste travail.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Je ne saurais oublier le très grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Dès notre jeune âge, un événement avait douloureusement frappé notre imagination; une mort aussi rapide que brutale était venu ravir à notre affection l'être dont chacun conserve le plus doux souvenir de son enfance. Ce malheur nous avait d'autant plus ému, qu'il était survenu alors que rien ne le faisait prévoir, et cela nous le rendait encore plus mystérieux.

Aussi, dès le début de nos études médicales, avons nous décidé de consacrer notre thèse à une étude portant sur les causes mêmes de cette mort.

C'est donc poussé par un sentiment de piété filiale que nous avons entrepris ce modeste travail.

LA THROMBO-PHLÉBITE UTÉRO-PELVIENNE

DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

INTRODUCTION

Consécutivement à un accouchement normal ou à un avortement, l'infection puerpérale est certainement de toutes les infections génitales celle qui présente le plus de gravité.

Mais l'infection puerpérale n'est pas une, elle affecte des modes et des degrés divers, si bien qu'on peut dire qu'il n'y a pas une infection, mais des infections.

Les voies de l'infection sont elles même multiples. Lorsque l'infection a dépassé la muqueuse utérine, plusieurs voies s'ouvrent à elle; les principales sont : la voie lymphatique et la voie sanguine; souvent ces deux voies sont suivies en même temps par l'infection et de façon à peu près égale. Mais il arrive quelquefois que la voie veineuse (nous verrons tout-à-l'heure pourquoi), soit attaquée avec une intensité telle que cette infection veineuse sera traduite par des signes particuliers qui pourront en permettre le diagnostic.

Cette thrombo-phlébite utéro-pelvienne des suites de couches pathologiques, est relativement fréquente par rap-

port aux autres formes de l'infection puerpérale. M. Loubat, en rapportant 5 observations prises dans le service d'isolement des maternités de Canolle, l'a trouvée deux fois; mais c'est là d'après l'avis même de M. Loubat une proportion faible. MM. Lequeux et Chomé, de Paris, l'ont rencontrée 27 fois sur 52 autopsies. Enfin, MM. Schikelé et Riotte, de Strasbourg, l'ont trouvée 5 fois sur 6 autopsies, associée ou non à d'autres localisations septiques. Mais ce n'est pas sur la table d'autopsie qu'il convient de la déceler.

Notre étude aura donc surtout pour but, d'étudier les signes qui permettent de dépister cette thrombo-phlébite et les moyens que nous possédons pour combattre cette terrible localisation de l'infection puerpérale.

CHAPITRE I

Historique.

La description des phlébites utéro-pelviennes tenait une place considérable dans les ouvrages des auteurs du siècle dernier.

Hervieux, dans son « Traité clinique et pratique des maladies puerpérales » et F. Siredey, dans son ouvrage « Les maladies puerpérales », y consacrent une place considérable.

A cette phase en succède une autre où cette affection disparaît du cadre nosologique. Dans le « Traité de l'art des accouchements » de Tarnier et Budin, Brindeau, faisant l'étude de l'infection à forme phlébitique écrit ceci « cette forme clinique, fréquente autrefois, est devenue de plus en plus rare depuis l'antisepsie. Elle est produite ordinairement par la phlébite utérine... Quand le caillot se développe sur place à l'état d'affection isolée, il n'influence l'économie que grâce aux toxines secrétées par les microbes contenus dans son intérieur; mais quand il se désagrège, il agit à distance en lançant dans la circulation des embolies septiques qui peuvent se localiser dans certains organes. Bar, Chambrelent, Fabre conçoivent dans le même sens leurs articles sur les infections puerpérales.

Enfin, dans ces dernières années, un certain retour en arrière se fait en faveur de l'existence propre en tant

qu'entité anatomo-clinique de la phlébite utéro-pelvienne. En Allemagne, cette question n'avait jamais été délaissée, ainsi que le prouvent les observations de Malher datant de 1895. De 1901 à 1905, apparaissent les mémoires de Léopold Richter, Heidemann, etc, qui tous s'efforcent de préciser la symptomatologie de cette affection.

En France, c'est à la Société d'obstétrique, de gynécologie et pédiatrie de Paris qu'en avril 1905, la question fut remise à l'ordre du jour. Wallich, rapportant l'observation d'une malade chez qui on avait posé le diagnostic de phlébite utérine commence ainsi sa communication : « Je viens poser à mes collègues médecins, chirurgiens, ou accoucheurs, la question suivante : existe-t-il, à l'heure actuelle, une affection nettement déterminée au point de vue symptomatique à laquelle on puisse mettre l'étiquette de phlébite utérine, affection pouvant se développer en cas d'infection puerpérale, ou après les opérations sur l'utérus? »

Après une discussion à laquelle prirent part Doleris, Pinard et A. Siredey, il semble qu'on puisse formuler ainsi les idées émises : « Au sens strictement anatomique du mot, la phlébite utérine n'existe pas, puisque l'inflammation des veines coïncide avec celle des autres tissus, les lymphatiques en particulier. Toutefois il est des cas où la lésion veineuse est prédominante. Cette infection à caractère phlébitique prédominant, se caractérisera en clinique par les poussées rémittentes de la température, l'accélération précoce et permanent du pouls, enfin la production d'embolies.

Les choses en étaient là, lorsque parut en 1906 à Nancy la remarquable thèse de Vaney. Au point de vue clinique, conclut Vaney, on ne peut nier l'existence des phlébites utéro-ovariennes. Si le diagnostic n'est pas aisé, l'accoucheur doit cependant y parvenir par l'étude des signes

locaux et surtout des symptômes généraux en tête desquels il faut placer les altérations du pouls et les frissons.

En 1902, MM. Cyrille Jeannin, Vanverts et Paucot, présentèrent devant la Société obstétricale de France un magnifique rapport : « Les phlébites puerpérales. » Tandis que M. Jeannin s'occupait de l'étiologie et de la symptomatologie des thrombos-phlébites utéro-pelviennes, MM. Vanverts et Paucot firent une remarquable étude sur le traitement chirurgical de ces phlébites. Ils réunirent dans leur travail 81 observations, presque toutes d'auteurs allemands.

En 1921, il y eut les rapports de MM. Cotte (de Lyon) et Potvin (de Bruxelles) au Congrès d'obstétrique de Paris, ceux de Péry et Courbin devant la Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux.

Enfin, au Congrès de la fièvre puerpérale de Strasbourg en 1923, il y eut les communications de MM. Lequeux et Chomé (de Paris), et la présentation des travaux anatomo-pathologiques de MM. Schickelé et Riotte (de Strasbourg).

CHAPITRE II

Anatomie du système veineux pelvi-génital.

Avant d'entreprendre un travail sur les thrombophlébites utéros-pelviennes, il semble indispensable de donner une courte description anatomique des veines dont nous étudions l'inflammation et qui sont le siège des thromboses de la puerpéralité. Nous prendrons le tractus génital dans son entier, depuis la vulve jusqu'au pavillon de la trompe et à l'ovaire, nous y suivrons les canaux à sang noir dans les couches constitutives, pour les accompagner jusqu'aux gros troncs veineux qui aboutissent directement au cœur.

Les veines de l'appareil génital féminin tirent leur origine d'un certain nombre d'artères dont nous n'avons pas à nous occuper ici, qui partent de l'aorte abdominale comme les ovariennes, ou proviennent de ses branches, surtout de l'iliaque interne.

Tous ces vaisseaux se résolvent en capillaires irréguliers, larges surtout autour du vagin et dans les masses ovariennes, où ils constituent les tissus érectiles bulbaires et l'organe clitoridien.

Si au niveau de la vulve, ils se déversent dans un lacis veineux communiquant avec la fémorale, l'épigastrique et la honteuse interne, lacis à mailles relativement étendues sans caractère bien spécial, ils se transforment peu à peu à travers les plans muqueux et musculaires en rameaux

qui se dirigent sur les côtés des organes, et s'unissent en des plexus capricieusement enroulés, qui s'accolent aux bords latéraux des diverses parties du canal génital. « A la partie inférieure se trouve le plexus vulvo-vaginal, communiquant avec le plexus vésical et hémorroïdal, et formant autour du vagin un espèce de renflement semi-lunaire » (Richet).

« Au dessus, « les veines de l'utérus remarquables par leur volume et par leur nombre, entièrement dépourvues de valvules, convergent tout d'abord vers la couche musculaire moyenne et s'y collectent dans un système de canaux spéciaux très volumineux, réduits à leur revêtement endothélial, comme creusés dans la tunique musculuse et restant béants sur les coupes : ce sont les *sinus utérins*. Ils sont particuliers au corps de l'utérus et sont surtout développés dans la région qui avoisine les angles supérieurs.

De la couche musculaire moyenne les sinus veineux précités se dirigent transversalement en dehors, sur les bords latéraux de l'utérus et forment là, à droite et à gauche, deux importants plexus, *les plexus utérins*, qui se logent entre les deux feuillets du ligament large, et s'étendent sans interruption depuis le plexus ovarique jusqu'au plexus vaginal. Les plexus à leur tour donnent naissance à 3 voies différentes :

1° En bas, *les veines utérines* au nombre de deux pour chaque artère, qui suivant le même trajet que l'artère homologue, se rendent à l'épigastrique.

2° En haut, à une série de branches qui se réunissent aux branches issues de l'ovaire ou du ligament large, pour constituer le *plexus ovarien* ou *pampiniforme*, lequel aboutit à une veine unique la *veine utéro-ovarienne* (spermatique), qui se porte vers la région lombaire et vient

s'aboucher à droite avec la veine cave, à gauche avec la veine rénale.

3° En haut et en avant, aux veines du ligament rond, qui se jettent en partie dans la veine épigastrique, en partie dans la veine fémorale (Testut).

En somme c'est, comme le dit fort justement Doleris, « depuis la vulve jusqu'à l'entrée supérieure du bassin, une série d'anneaux superposés, un plexus inextricable de rameaux et de troncs de toutes les dimensions, parmi lesquels les veines sont les plus nombreuses et de beaucoup. Trois régions en définitive paraissent trancher par une excessive richesse vasculaire. Ce sont : le segment supérieur du conduit vulvo-vaginal, le segment supérieur du vagin, ou zone vagino-utérine, enfin le ligament large.

Cette étude anatomique nous montre un fait très intéressant : les sinus utérins sont largement béants et c'est pour cela, que l'infection veineuse est très fréquente dans la puerpéralité, et qu'elle peut rester en outre uniquement localisée aux veines, en léchant seulement les lymphatiques. De plus, si la congestion menstruelle périodique, dilate déjà ces vaisseaux et amplifie leur calibre, c'est surtout sous l'influence de l'hyperhémie puerpérale qu'ils prennent leur extension maxima et arrivent à des dimensions colossales qui rendent la matrice comparable à une éponge, à un véritable organe érectile. Voilà la deuxième raison anatomique favorisant l'infection veineuse.

CHAPITRE III

Facteurs étiologiques des thrombo-phlébites puerpérales.

A.— Conditions étiologiques propres aux trois stades de la puerpéralité.

I. Ralentissement de la circulation.

Il a des causes multiples; d'abord l'allongement, la dilatation, la multiplication des vaisseaux consécutivement à la greffe de l'œuf. Ensuite c'est la bradycardie des femmes enceintes, bien connue depuis les travaux de Blot, Mac Clintock, Falashi, Varnier, etc.

II. Modification du sang.

Le sang pendant la grossesse subit une série de modifications dont le résultat sera de le rendre plus coagulable.

1° Abaissement de la densité du sang. Au lieu de 1074, on trouve 1050 ou 1051 en moyenne, d'après les expériences de Bar et Daunay portant sur 5 femmes enceintes.

2° Accroissement de la proportion de plasma. Bar et Daunay ont trouvé qu'à la fin de la grossesse, la proportion de plasma s'était trouvée accrue, pour diminuer ensuite dans les jours qui suivent la délivrance. Les variations de volume de plasma sont inverses de celle de la densité.

3° Augmentation de la fibrine pendant les derniers mois. De 2,5 %, elle passe à 4 et 4,80 %.

4° L'alcalinité est diminuée.

5° Il y a accroissement de la teneur en chaux. C'est là un phénomène très important dans la pathogénie des thromboses et qui nous est actuellement bien connu, grâce aux recherches de Bar. Cet auteur a montré que, chez la femme enceinte, la teneur en chaux est à peu près le double de ce qu'elle est normalement. Ce sont là des constatations très intéressantes, car, d'après les travaux de Chantemesse, on sait combien l'accroissement de teneur en sels calcaires du sang en facilite la coagulabilité.

6° Augmentation des leucocytes et des plaquettes sanguines. Or, à la suite de l'infection, il y aura destruction de leucocytes et mise en liberté de ferments produisant des coagulations au niveau des veines utéro-pelviennes.

B. — Conditions étiologiques propres à la grossesse.

I. Facteur d'ordre mécanique.

Du seul fait de la congestion gravidique physiologique, l'endothélium des vaisseaux utérins est lentement mais continuellement traumatisé pendant toute la grossesse. En effet pendant la grossesse, l'utérus subit l'action traumatique de tous les organes qui l'entourent? De plus, d'autres causes agissent de façon en quelque sorte intrinsèque; c'est la pression considérable que subissent les parois des vaisseaux de cette région durant la gestation.

II. Facteur d'ordre toxique.

Même dans les conditions physiologiques, la femme enceinte, est imprégnée de toxines capables d'agir sur son système vasculaire génital. Ce sont d'abord les toxines alimentaires par stercorémie, puis les déchets cellulaires plus abondants que d'habitude et moins parfaitement

oxydés (Roger). La sécrétion interne du corps jaune, les poisons d'origine placentaire et fœtale, doivent aussi être mis en ligne de compte.

III. Facteurs d'ordre infectieux.

Nombreux sont les cas dans lesquels, en dehors même de la gestation, les voies génitales sont contaminées par des microbes pathogènes. Parmi ces microbes, une grande place doit être réservée au gonocoque. Les germes pathogènes peuvent aussi léser l'endothélium veineux en arrivant aux sinus utérins par la circulation générale. Enfin le coli-bacille, joue dans la production des thromboses un rôle des plus important facilité encore par la grossesse.

C. — Conditions étiologiques propres à l'accouchement.

1° Pendant l'accouchement proprement dit, le travail agit par l'action traumatisante des contractions utérines sur les sinus. De plus, les explorations vaginales apportent vers les sinus une grande quantité de germes. Enfin et surtout l'accouchement s'accompagne toujours de lésions traumatiques détruisant l'intégrité des sinus. Cette action de dislocation de l'intégrité de l'endothélium des sinus, est principalement marquée pendant la délivrance. Si en plus, il y a rétention des débris placentaires, il va y avoir là encore une cause importante d'infection.

2° Dans l'avortement (la caduque non encore dégénérée défend les veines contre l'infection. D'autre part, les vaisseaux sanguins, surtout si l'avortement est précoce, seront peu développés. Mais, si surtout l'avortement est criminel, les deux facteurs les plus essentiels dans la production des thromboses existeront au plus haut point. Il y aura au maximum des lésions traumatiques des veines et l'apport des agents infectieux in utéro.

D. - Conditions étiologiques propres au post-partum.

1° *Atonie du muscle utérin.*

L'atonie du muscle utérin dépend de la multiparité, de l'âge, des hémorragies qui par leurs caillots in utéro, contrarient singulièrement la contraction utérine.

La multiparité joue un rôle indiscutable dans l'étiologie des phlébites. D'après Herff, en effet :

Sur 100 1pare, il y aurait 1 % de phlébite.

—	2pare,	—	2 %	—
--	3pare,	—	3 %	—
—	4pare,	—	5 %	—
—	5pare,	—	3 %	—
—	6pare,	—	2 %	—
—	7pare,	—	3 %	—
—	8pare,	—	6 %	—

L'âge n'est pas non plus sans influence, et il est certain que la thrombo-phlébite épargne en général les femmes très jeunes. Voici une statistique de Herff qui trouve sur 100 cas de phlébite :

0	femme	de 15 à 20 ans
12	—	de 21 à 25 ans
38	—	de 26 à 30 ans
23	—	de 31 à 35 ans
15	—	de 36 à 40 ans
12	—	de 41 ans et au dessus.

2° *Infection de l'endomètre.*

C'est la cause la plus évidente de la phlébite puerpérale; même l'endométrite chronique joue un rôle très important dans la genèse de l'infection des vaisseaux utérins, après la délivrance. L'endométrite a produit de la sclérose dans l'intervalle des vaisseaux, et cette sclérose

est suffisante pour rendre béants d'énormes capillaires, et voici d'ores et déjà des thromboses constituées.

Enfin, après l'accouchement, il reste dans la cavité utérine des débris placentaires plus ou moins volumineux en train de se putréfier. Ils n'ont pas d'importance s'ils restent aseptiques; mais, se gangrénant, ils infectent tout.

Ici, se pose la question du curettage instrumental; le curettage instrumental doit être pris en importante considération dans l'étiologie des thrombo-phlébites. Il y a déjà longtemps, que Bumm a fait remarquer combien il est irrationnel de supprimer avec la curette les éléments de la caduque qui sont en définitive, une véritable barrière contre l'infection. Non seulement la curette détruit plus ou moins complètement cette zone protectrice, mais encore elle va pénétrer toute chargée de microbes dans les interstices conjonctifs, en ouvrir ainsi les vaisseaux, et répandre l'infection. Ce mécanisme se trouvera surtout réalisé, si nous envisageons le curettage en pratique, non plus dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la délivrance, mais plus tardivement. La curette attaque alors les thrombus en partie organisés, et les livre ainsi à l'envahissement de nombreux germes que par contre elle a été incapable d'enlever. Comme preuve du danger du curettage tardif nous trouvons une communication du plus haut intérêt faite par le Professeur Pinard le 10 avril 1905 à la Société d'obstétrique, de gynécologie et pédiatrie de Paris. C'est l'observation d'une malade pour laquelle ce dernier fut consulté par le Docteur Cocard (de Segré), et qui avait *été curettée 15 jours après un accouchement*. Cette malade eut dans la suite, de la phlegmatia alba dolens atteignant les 4 membres, une arthrite purulente du genou droit, et d'autres inflammations des articulations scapulo-humérale gauche et temporo-maxillaire, enfin de l'embolie et une gangrène pulmonaire.

M. le Docteur Courbin, qui a fait à Canolles plusieurs curettages, les proscriit formellement en milieu infecté,

et les remplace par le curage digital sous anesthésie : « Le curettage, dit-il, est une très bonne chose dans le cas de rétention aseptique; en milieu infecté, il nous a donné presque toujours de gros ennuis, sous forme de poussées annexielles formidables et très longues à se résoudre, et aussi sous formes d'embolies pulmonaires (obs. III). Dans les archives du service nous avons trouvé deux cas, où le curettage s'est compliqué très vite de septicémie puerpérale. Aussi pratiquons-nous le curage digital, immédiatement si le col est ouvert, après dilatation aux bougies d'Hégar, si le col est fermé. Le curage ne traumatise pas la cavité utérine, et n'ouvre par les vaisseaux, les néo capillaires de la muqueuse, pas plus que les espaces conjonctifs et lymphatiques; il ne dissémine pas les germes virulents. La logique et l'expérience sont pour lui.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Dans cette étude nous ne passerons pas en revue toute la symptomatologie des thrombo-phlébites. Nous aurons seulement pour but d'étudier les signes qui au cours des suites de couches pathologiques, permettent de penser à une phlébite.

Dans la *thrombo-phlébite oblitérante simple*, ces signes existeront seuls.

Le plus souvent nous aurons affaire à une *thrombo-phlébite suppurée*; ces signes seront alors noyés dans le chaos des symptômes d'autres localisations de l'infection puerpérale. C'est alors qu'il faudra les rechercher avec soin, les dépister, car ils peuvent être d'une précieuse indication pour la conduite à tenir. Pour la commodité de l'étude nous diviserons ces signes en signes généraux et en signes locaux.

Signes généraux.

I. — *La température.* — Toute métrite-phlébite infectieuse, s'accompagne forcément de modification de la température. La fièvre n'a pas besoin pour éclater que les bactéries se répandent dans le sang; alors même que les agents infectieux se cantonnent au niveau de l'endothélium des vaisseaux utérins, ils agissent par les toxines qu'ils secrètent, et qui en diffusant dans l'organisme, vont déterminer des variations thermiques.

Au début des accidents la courbe thermique n'a rien de particulier; c'est qu'en effet le système veineux n'est pas envahi isolément, mais concurremment avec le système lymphatique. Ce n'est que plus tard, que la courbe thermique va révéler l'existence d'une phlébite utérine. Cette courbe est essentiellement irrégulière, et c'est là, le seul caractère quelque peu pathognomonique; elle procède par des ascensions brusques à 40°, 40°5 et même davantage dans quelques cas. Au bout de quelques heures, le thermomètre descend, décrivant ainsi des oscillations de 3 à 4° dans la journée. Puis une phase d'apyrexie de 3 à 4 jours peut se produire et ainsi de suite; c'est bien là ce que l'on a décrit sous le nom de : « *intermitens puerperarum* ».

Il est des cas où des degrés légers de métro-phlébites peuvent évoluer sans fièvre (cas à début embolique). En somme, ce qu'il convient de retenir, c'est le caractère essentiellement irrégulier de la fièvre.

II. — *Les frissons.* — Très habituellement les oscillations thermiques dans la métro-phlébite s'accompagnent de frissons. Vers le 8^{me} jour par exemple, une femme présentant depuis 4 ou 5 jours des signes d'infection utérine, aura un violent frisson de 20 minutes à demi-heure; à la suite de ce frisson, la température s'élève à 40° et même au dessus. Puis, 1 ou 2 jours s'écoulent et un nouveau frisson éclate et ainsi de suite pendant toute la durée de l'infection. Le frisson est essentiellement irrégulier comme intensité et comme durée; parfois violent, solennel, secouant tout le corps de la malade et la laissant ensuite particulièrement abattue, il peut d'autrefois se montrer bref, léger. Il peut même se borner à une sensation de froid, que la femme signale à peine à son entourage et qui, de ce fait, passera souvent inaperçu.

Le nombre des frissons sera, on le conçoit, essentiellement variable. Si, chez certaines femmes, il n'y a que le frisson initial, beaucoup plus souvent on voit cet accident se

répéter, parfois même deux fois dans une journée. En définitive, nous croyons que l'intensité et la répétition ont une grande valeur dans le cas de thrombo-phlébite. Nous les avons habituellement trouvés dans les observations que nous avons compulsées.

III. — *Le pouls et la tension artérielle.* — Beaucoup d'auteurs, avaient signalé depuis longtemps, l'accélération du pouls aux cours des thromboses utéro-pelviennes. Mais il faut arriver en 1895, pour trouver un mémoire particulièrement explicite sur la question; il est dû à Malher, qui non seulement décrit à fond les caractères cliniques de la courbe de pulsations, mais encore en fournit une solide explication pathogénique. Depuis, la question a été reprise en Allemagne par Richter en 1907. Cette même année, plusieurs auteurs français insistèrent sur la valeur séméiologique de ce symptôme. Wallich, par exemple, mit en valeur la fréquence persistante du pouls avec une température normale. Vaney, dans sa thèse, y consacre un des chapitres les plus intéressants.

Caractères cliniques de la courbe de pulsations dans les thrombo-phlébites. Tout d'abord le nombre des pulsations est élevé, mais :

a) Cette augmentation des pulsations apparaît avant tout autre signe.

b) La courbe des pulsations est en désaccord avec la courbe de la température.

c) L'ascension du pouls se fait par échelons. Malher a particulièrement insisté sur la façon dont croît le nombre des pulsations et il a bien montré que l'ascension du pouls se fait par échelons (stüffelförmig); à ce pouls bien spécial, il a donné le nom de *pouls grimpant* (kletterpuls). Voici, en effet ce que l'on observe : Le pouls étant resté très bas durant les premiers jours des suites de couches, comme c'est la règle du fait du ralentissement physiologique, com-

mence à monter modérément de jour en jour, du matin au soir par exemple, ou du soir au matin; il y aura 10 ou 12 pulsations de plus en moyenne. Puis après 1 ou 2 jours de ce lysis ascendant, la courbe reste stationnaire pendant 24 à 48 heures, pour s'élever ensuite à nouveau pendant un laps de temps de 3 à 4 jours; cela peut se répéter de la même manière pendant plusieurs semaines. Enfin, dernier caractère, on peut voir le pouls s'élever de 20 pulsations et plus, se maintenir pendant 1 ou 2 jours à ce niveau, pour revenir ensuite au point où il était avant de décrire ce crochet. Ce phénomène marche de pair avec une embolie.

Essai de pathogénie des altérations du pouls.

Il est indéniable que l'observation minutieuse dans la courbe des pulsations fournit un élément de diagnostic de premier ordre. Mais il faut se soumettre aux conditions suivantes :

- a) La courbe du pouls n'a de valeur que confrontée avec la courbe de température.
- b) L'ascension du pouls doit être permanente.
- c) Les examens doivent être répétés très fréquemment.

A cet égard, Richter, propose un ingénieux système de notation qu'il est toujours facile de mettre en usage. Il fait chaque jour des prises répétées du pouls et de la température, par exemple toutes les 3 ou 4 heures. Il établit la moyenne de ces prises et la marque sur un tableau spécial en un chiffre quotidien unique; ce tableau est gradué de façon que chaque division corresponde à 0,2 de température et à deux pulsations. En opérant de cette manière Richter, sur 16.000 accouchées à la clinique de Dresde, a pu relever 98 cas de phlébites. Sur ces 98 cas, les modifications du pouls furent pathognomoniques 62 fois, c'est-à-dire dans la proportion de 63 %; reste 37 % des cas où ce signe ne présentait aucun caractère net. Si on met de côté les observa-

tions incomplètes, puis celles où une fièvre très persistante est venu masquer les variations habituelles de la courbe de la température et du pouls, nous aurons, en définitive, un nombre de cas restreint mais indéniable de thrombo-phlébites que le clinicien n'aura pas pu soupçonner par l'examen même très minutieux du pouls. Il est facile d'expliquer cette apparence anormale : la montée du pouls n'a de raison d'exister tant que la circulation de retour est assurée par de larges voies collatérales. Or, nous savons combien les voies sont multiples et riches au niveau du bassin; mais la thrombose vient-elle à dépasser le territoire des anastomoses péri-utérines, immédiatement la montée du pouls traduira l'obstacle apporté au retour du sang; si bien qu'en dernière analyse, on peut dire que les caractères du pouls décrits par Richter et Malher, sont plutôt fonction de l'étendue des thromboses que de leur existence.

Tension artérielle. — L'étude de la tension artérielle est d'une grosse importance dans le diagnostic des thrombo-phlébites.

Le 12 avril 1921, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, M. le Docteur Balard présentait un très intéressant travail sur la tension artérielle et l'indice dans l'infection puerpérale.

Dans les grandes infections utérines, la tension ainsi que l'indice présentent une chute considérable. Or, (obs. IV et VI) lorsque la thrombo-phlébite est associée à l'atteinte du muscle utérin, et, à plus forte raison, lorsqu'elle existe seule, la pression artérielle, surtout la maxima, est élevée. Nous verrons plus loin quel parti on peut tirer des indications fournies par la mesure de la tension.

Comment expliquer la pathogénie de cette augmentation de la tension et de l'indice? Le Docteur Balard a pensé que cette élévation est liée aux conditions spéciales créées par la circulation, imposées à l'impulsion cardiaque par la présence dans le transit sanguin de résistances considérables dues à la présence d'une thrombo-phlébite aussi

étendue que celle qui atteint l'irrigation d'un utérus gravide. Cette hypothèse est en parfaite conformité avec l'explication pathogénique ordinairement admise du pouls grimpant de Malher.

IV. — *L'hémoculture.* — A suscité de nombreux travaux sur la question.

Pour MM. Lequeux et Chomé, toute femme qui vers le 10^{me} ou 12^{me} jour des suites de couches présente des grands frissons répétés sans altération primitive de son état général et chez qui les hémocultures répétées en série sont négatives ou d'une façon intermittente positives, doit être considérée comme atteinte de thrombo-phlébite suppurée. Lorsque l'hémoculture est positive à chaque examen, la phlébite suppurée existerait concurremment avec d'autres lésions; nous verrons tout-à-l'heure à propos du traitement quel parti on peut tirer de l'hémoculture.

Signes locaux.

I. — *Le météorisme abdominal.* — Certains auteurs ont signalé du météorisme abdominal marqué en cas de thrombo-phlébite puerpérale. Ce météorisme s'expliquerait par l'action dépressive des toxines sur les nerfs splanchniques, d'où atonie de la musculature abdominale. Il est bien difficile de prêter au météorisme abdominal quelque valeur pathognomonique dans le diagnostic des thrombo-phlébites. Ce signe est banal dans les suites de couches.

II. — *La douleur latéro-utérine.* — Tous les auteurs qui ont décrit les phlébites pelviennes, et en particulier Heide-mann, ont signalé l'existence d'une douleur sur les côtés de l'utérus. Cette douleur qui d'habitude ne persiste pas d'une façon continue, réapparaît après chaque extension de la thrombose; on voit alors à chaque nouvelle poussée fébrile, à chaque nouvelle ascension de la courbe des pulsations, la douleur se réveiller, s'étendre vers le pli de l'aîne; quand

elle atteint ce point ce serait d'après Heidemann, que le processus phlébitique aurait gagné la veine crurale : ce vaisseau, augmenté de volume, est alors comprimé douloureusement contre l'arcade de Fallope. Ce signe a son importance, car dans le cas où la phlébite aurait gagné la veine crurale, c'est-à-dire lorsque elle aurait dépassé les veines pelviennes la ligature de ces dernières deviendrait illusoire.

Nyuslay prétend qu'il ne faut pas hésiter à porter le diagnostic de thrombose pelvienne en l'absence de toute localisation infectieuse précise utérine ou salpingienne, lorsque chez une accouchée, la douleur latéro-utérine existe en même temps que des altérations du pouls et de la température (obs. VIII).

III. — *Perception par le toucher combiné au palper des veines thrombosées.* — Lorsque le processus phlébitique reste cantonné à l'utérus, on n'aura aucun signe caractéristique. Dans d'autres cas, les thromboses s'étendent aux veines latéro-utérines et pelviennes. Est-il possible au clinicien de sentir les vaisseaux enflammés? Voici quelques observations intéressantes de Thomas.

Dans un cas (obs. 28 du mémoire de Thomas), l'auteur put percevoir au voisinage du cæcum, un long cordon résistant et douloureux; par contre les annexes et le paramétrium étaient libres. A l'autopsie on constate l'existence d'une thrombose de la veine utérine droite dans sa partie inférieure.

Dans un autre cas (obs. 29), on perçoit à droite entre les annexes qui sont sains et le cæcum un long cordon induré, sensible à la pression et on porte le diagnostic de thrombose utéro-ovarienne droite. A l'autopsie on constate effectivement que la spermatique droite est remplie jusqu'à son embouchure dans la veine cave, d'une masse molle et jaunâtre.

Dans un 3^{me} cas (obs. 30), on sentit à droite, dans la

base du ligament large, une tuméfaction de la grosseur du petit doigt, et par ailleurs une résistance marquée entre ce ligament et le cæcum. L'examen post-mortem permit de constater l'existence de veines thrombosées dans le ligament large droit et d'un thrombus suppuré de l'utéro-ovarienne de l'autre côté. Une autre fois encore (obs. 31), alors qu'il n'existait aucune tuméfaction au niveau des annexes et du paramétrium, l'examen clinique révéla à gauche, à côté de la trompe, l'existence d'une tuméfaction portant manifestement sur l'utérus, et se prolongeant contre la ligne innommée du bassin. On porte le diagnostic de thrombo-phlébite de la spermatique droite et l'autopsie permit d'en constater le bien fondé.

Enfin, dans une 5^{me} observation (obs. 32), Thomas perçut par le toucher au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite une tumeur molle, douloureuse à la pression et reposant directement sur la paroi pelvienne. L'autopsie révéla que la veine hypogastrique de ce côté, était tapissée dans une grande étendue par des thrombus se prolongeant dans ses ramifications.

En 1922, à Canolles, il y eut un cas de thrombo-phlébite dont l'observation a été malheureusement égarée, et qui présentait un cordon très net d'un cul-de-sac.

Il résulte de ces observations qu'une thrombose pelvienne se reconnaîtra à l'apparition en général rapide d'une tuméfaction circonscrite allongée, en forme de tuyau peu volumineux, sensible ou franchement douloureux à la palpation. Cette tuméfaction siège nettement au niveau des troncs veineux venant de l'utérus ou des annexes, soit dans la direction de l'utéro-ovarienne, soit dans celle de l'hypogastrique. Ces cordons ne s'accompagnent pas d'induration du cul-de-sac, ce qui permet de les différencier des lésions annexielles ou péri-annexielles. Quant à l'infiltration des tissus latéro-utérins, tant au niveau de la gaine hypogastrique et du ligament large, de deux choses l'une : ou bien on est en présence de phlébite pure, et cette infil-

tration fait défaut, ou bien on a affaire à une forme mixte d'inflammation à la fois lymphatique et phlébitique, et alors il existe en plus des indurations veineuses, une infiltration latéro-utérine plus ou moins prononcée.

Faix, en 1906, a pu recueillir dans les registres de la Maternité, 19 observations où le diagnostic de thrombophlébite avait été posé. Or, sur ces 19 cas, l'examen post-mortem montra :

Dans 2 cas absence de toute thrombose.

Dans 6 cas thrombose à l'exclusion de toute autre lésion.

Dans 11 cas thrombose concurremment avec d'autres lésions.

IV. — *Symptômes thoraciques.* — Ils sont d'une importance capitale. Ces symptômes que les auteurs décrivaient comme signe précurseur de la phlegmatia alba dolens, doivent être rapportés dans la plupart des cas à une thrombose utéro-pelvienne. Si les accidents se montrent à la période dite préphlébitique de la phlegmatia, c'est que précisément cette phase correspond au stade où la thrombose est encore cantonnée aux veines du bassin (obs. I, II, III). M. Arnozan a signalé une embolie pulmonaire chez une accouchée, qui guérit ensuite, sans qu'il se manifeste une phlébite. Il s'agissait sans doute, ajoute M. Arnozan, d'une phlébite utéro-ovarienne.

Ce qui fait la gravité de ces accidents c'est que rien ne les fait prévoir. Rarement il se produit une grosse embolie. Mais hélas ! elle peut se produire, et la malade est emportée au milieu d'une bonne santé apparente (obs. V). Très habituellement il ne se produit que des petites embolies, « des poussées d'embolies », comme on l'a dit fort justement (obs. II). Généralement le symptôme initial est un point de côté ordinairement très douloureux, quelquefois à un degré extrême ; sous l'influence de la douleur, il se produit de la dyspnée : les inspirations sont fréquentes, 30, 40 par minute, courtes, superficielles. Au bout de 24,

36 heures ces symptômes se calment. A l'auscultation on trouve au niveau du point douloureux un foyer de râles sous-crépitants et de la submatité. Quelquefois, il coexiste un léger épanchement pleural. Il y a aussi une toux quinteuse réveillant la douleur, et quelques crachats couleur gelée de groseille.

Très habituellement les accidents pulmonaires guérissent sans autre complication. On a signalé des cas de gangrène pulmonaire; la broncho-pneumonie est aussi à redouter, mais c'est une complication rare.

Une des caractéristiques des accidents est de pouvoir se répéter plusieurs fois.

Ces accidents thoraciques possèdent, répétons-le, une grande valeur séméiologique. Quand ils se produisent ils contresignent un diagnostic jusque là hésitant de thrombo-phlébite utéro-pelvienne.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Au point de vue macroscopique il y a deux choses à considérer : ou bien on a affaire à une thrombose oblitérante simple et alors les veines apparaissent noires et dures, sans œdème ou avec un œdème très léger; ou bien on a affaire à une thrombose suppurée, isolée ou associée à d'autres lésions; ce qui frappe alors, c'est un œdème mou, tremblotant, existant surtout dans le paramètre. Lorsque cet œdème est très prononcé la ligature des veines thrombosées est au dessus des ressources de l'art. (obs. IV).

MM. Schickelé et Riotte ont apporté en 1923 au Congrès de la fièvre puerpérale à Strasbourg, un remarquable travail sur la question. Voici comment procèdent ces auteurs dans leurs recherches : ils divisent par des coupes transversales superposées l'utérus et le paramètre pour faire ensuite de ces différentes tranches des coupes histologiques nombreuses colorées au safran et au gramm, qui leur permettent de dépister la porte d'entrée et de suivre pas à pas la propagation de l'infection au niveau de l'appareil génital.

Sur 6 autopsies pratiquées, MM. Schickelé et Riotte, ont trouvé 5 fois la thrombo-phlébite des veines utéro-pelviennes.

Voici les résultats des travaux de ces auteurs :

I. — Pyohémie puerpérale à marche atypique.

Accouchement à terme; délivrance artificielle; le soir du

2^{me} jour ascension brusque de la température et du pouls; fièvre toujours en plateau entre 39 et 40°. En tout 3 frissons, le 7, 8, et 9^{me} jour. Mort le 15^{me} jour.

Autopsie. — Thrombo-phlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne droite remontant très haut et étant en relation avec une masse anfractueuse se trouvant dans la corne utérine droite et en imposant comme un reste placentaire, duquel partent de nombreuses veines thrombosées, paraissant infectées, qui se développent vers la spermatique droite suppurée.

Examen histologique. — Il n'y a pas de reste placentaire; il s'agit d'une endométrite prononcée au niveau de la zone placentaire. Mais en aucun endroit, la zone de granulations n'est franchie par les microbes et en particulier tous les thrombus se trouvant dans les sinus veineux de cette zone sont libres. De même on ne peut rien trouver d'infectieux ni dans les veines, ni dans les tissus dans toutes les coupes intéressant la paroi utérine. Ce n'est qu'au niveau du paramètre droit, mais en dehors de la paroi utérine que l'on rencontre l'une et l'autre veine infectées, desquelles alors l'infection se laisse poursuivre jusque dans la spermatique

Dans ce cas l'utérus n'a servi que de porte de passage. L'infection a du être greffée directement dans les veines lors du décollement placentaire; elle n'a laissé aucune trace dans la paroi utérine même, et ne s'est localisée dans les veines qu'en dehors de l'utérus. Voilà un cas de thrombo-phlébite suppurée existant à l'état isolé. Ces cas quoique rares existent tout de même.

II. — *Septico-pyohémie puerpérale.*

Accouchement au forceps au dehors; fièvre élevée à partir du 7^{me} jour; le 10^{me}, curettage pour hémorragies, après lequel la fièvre augmente; pas de frissons; 3 semaines après le curettage, admission dans le service en état désespéré. Mort après deux jours.

Autopsie. — Endométrite; thrombo-phlébite suppurée des veines utérines, se développant vers la base des deux paramètres et le tissu para-colique droit; infiltration progressive du paramétrium gauche; organes parenchymateux septiques.

Examen microscopique. — On distingue nettement deux processus différents, qui prennent leur point de départ dans la muqueuse : 1° dans les parages du col utérin, partant d'une endométrite prononcée, des thrombus infectés remplis de microbes et de pus, se laissent poursuivre dans les veines jusque dans les parties basses des deux paramètres et dans le tissu para-colique à droite; 2° dans les parties moyennes du col utérin, des traînées de microbes dépassent sur une large base la zone des granulations sous-muqueuses de l'insertion placentaire et se déversent en large nappe, en se faufilant dans les fentes lymphatiques, dans le paramètre gauche, tout en produisant sur leurs parcours de petits abcès; cette infection lymphatique s'arrête à une certaine distance de l'utérus.

III. — *Septico-pyohémie puerpérale.*

Accouchement en présentation du siège; température pendant l'accouchement; extraction de l'enfant mort; décollement du placenta; le troisième jour, température, fétidité des lochies, frisson. Les 6 jours suivants, température à grandes oscillations, frissons quotidiens. Pendant 3 jours température abaissée, pas de frissons; forte infiltration du paramètre gauche. Nouvelle ascension thermique, fièvre à marche non caractéristique, quelques frissons. Mort le dix-huitième jour.

Autopsie. — Endométrite; paroi utérine parsemée d'abcès des conduits lymphatiques et de veines purulentes; traînées purulentes dans les deux paramètres; thrombus purulent dans les veines du ligament large; pyovaire gauche; abcès métastatique du poumon et des reins.

Examen microscopique. — Endométrite peu prononcée. Partant de l'endomètre quelques traînées de leucocytes vont se perdre dans les abcès grands et petits qui se trouvent dans le 1/3 interne et moyen du muscle utérin. Mais en aucun endroit on ne voit des microbes qui franchissent la muqueuse vers la profondeur du muscle. Dans le muscle même on ne trouve pour ainsi dire que des abcès superficiels et presque pas de veines suppurées. Les lésions veineuses prédominent par contre dans les ligaments larges. A gauche cependant, l'infection dépasse largement les limites de l'utérus et va se développer vers le grand abcès rétro-sigmoïdien.

Dans ces deux cas, nous voyons deux processus en présence, l'un lymphatique, l'autre veineux.

Dans le premier cas, les deux processus ont évolué indépendamment l'un de l'autre; l'un partant de l'insertion placentaire, l'autre des parages du col utérin.

Dans le deuxième cas, ils paraissent intimement liés. De même dans les 4^{me} et 5^{me} observations de MM. Schickelé et Riotte que nous avons donc jugé inutile de rapporter ici.

L'examen anatomo-pathologique des pièces des observations V et VI, a été pratiqué par M. le Professeur Sabrazès. Dans les deux cas, la thrombo-phlébite était associée à la métrite suppurée. Remarquons qu'il est bien probable qu'elle n'en soit que la complication. Mais la coïncidence n'ayant été marqué qu'un petit nombre de fois, on ne peut affirmer qu'elle soit générale.

CHAPITRE VI

Traitement.

Devant une accouchée atteinte de thrombo-phlébite, que devons-nous faire? Plusieurs cas sont à considérer.

1° Il s'agit comme c'est le cas pour cette femme de Canolle en 1922, dont l'observation a été égarée, et qui présentait : un poulx de Malher typique, des poussées fébriles avec frissons répétés, l'euphorie entre les accès de fièvre, un cordon induré du cul-de-sac, l'absence complète des signes utérins que Courbin a décrits; il n'y avait pas de pertes, le muscle utérin n'était pas touché. Il s'agit alors de thrombo-phlébite oblitérante simple de bon pronostic : alors PAS D'INTERVENTION. Le repos absolu et le traitement général des phlébites amèneront la guérison.

2° D'autres fois il s'agit de cas revêtant l'allure de la pyohémie classique, avec infarctus, pleurésie purulente, arthrites, grosse rate, albuminurie, œdèmes. Dans ce cas, IL EST TROP TARD pour que l'on puisse songer à une intervention. C'EST AU DEBUT qu'il faut opérer, alors que la thrombo-phlébite suppurée existe seule et nous avons vu que cela pouvait arriver (cas I de Schickelé et Riotte). A ce moment, l'essaimage microbien ne s'est pas encore produit. MM. Lequeux et Chomé, ont énoncé la règle suivante : toute femme qui le 10^{me} ou 12^{me} jour des suites de couches présente de grands frissons répétés sans altération primitive de son état général et chez qui les hémocultures faites en série sont négatives ou d'une façon intermittente positives, doit être considérée comme étant atteinte

de thrombo-phlébite utéro-pelvienne suppurée et comme devant subir l'opération de Trendelenbourg. Cette question de l'hémoculture a suscité de grands travaux; une hémoculture positive serait pour les uns et en particulier pour Tuffier en France et Warnekros en Allemagne, une indication à agir radicalement. Pour les autres au contraire et ils sont la majorité, cette hémoculture rendrait inutile toute tentative thérapeutique. Cette dernière considération paraît cependant la plus logique. Que peut en effet l'art chirurgical chez une femme dont tout l'organisme est envahi par les germes infectieux? Cependant on ne peut tirer des recherches de laboratoires des indications précises; dans l'observation VI de M. Charbonnel, deux fois l'hémoculture fut négative (ce qui aurait plutôt incité à opérer), mais bientôt après se développait un abcès métastatique du thorax, signature de la pyohémie déjà existante. Dès lors quelle valeur attacher à un tel renseignement? Nous estimons avec Potvin, « que c'est à la clinique que revient l'honneur de trancher la question ». Le diagnostic certes est difficile, mais on peut arriver à l'établir. Nous noterons avec le plus grand soin, les frissons, la courbe du pouls et de la température, nous rechercherons le cordon induré du cul-de-sac. Lorsque le diagnostic est établi, l'indication est nette : il faut aller lier le pédicule veineux au dessus de la lésion.

Deux procédés ont été surtout préconisés : celui de Trendelenbourg et celui de Bumm.

A. Procédé de Trendelenbourg.

Incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe. Décollement du péritoine jusqu'à l'artère; réclinaison de la lèvre interne et découverte de l'uretère qui est entraîné avec le péritoine; reconnaissance de l'hypogastrique et ligature de cette veine au point où elle se réunit à l'iliaque externe, après réclinaison de l'artère hypogastrique en dehors, ou section de celle-ci entre deux ligatures

si elle est trop adhérente et réclinaison des deux bouts décollés.

Pour découvrir la veine ovarienne, prolonger l'incision précédente vers la pointe de la 12^{me} côte, comme si on voulait découvrir l'uretère; la malade étant couchée sur le côté, décoller le péritoine en se dirigeant vers le rachis. En se guidant sur l'uretère qui généralement accompagne le péritoine, on trouve l'ovarienne qui le croise à angle aigu. Suivre le cordon de la thrombose et lier au dessus. S'il n'y a pas trop de péri-phlébite, inciser les vaisseaux, extirper les thromboses, mais pas de décortication pénible qui peuvent causer des hémorragies en nappe difficiles à arrêter.

II. — *Procédé de Bumm.*

Après laparotomie médiane, on explore digitalement les veines pelviennes, pour reconnaître à leur sensation dure et bosselée les foyers de thrombose; on incise alors le péritoine à la limite supérieure de ces thromboses et passant ainsi *par voie trans-péritonéale* (tandis que dans le procédé précédent on agit par la *voie sous-péritonéale*), on va ligaturer les veines, et si la chose paraît aisée exciser les segments thrombosés. On termine en réparant au catgut les brèches péritonéales. La suture peut s'il est nécessaire porter sur les 4 pédicules hypogastrique et utéro-ovarien, la circulation se rétablissant très aisément par voie collatérale. En réalité il sera ordinairement suffisant de lier l'hypogastrique.

Cette technique, plus simple que la précédente, doit lui être préférée.

La ligature des veines thrombosées est une méthode rationnelle : car elle *traite la lésion principale* : le foyer embolique originel, elle *barre le chemin aux embolies*, enfin elle *enraie la transmission des produits infectieux par voie veineuse dans tout l'organisme*.

A ce triple titre, elle mérite de prendre place au rang des interventions destinées à combattre les infections puerpérales.

Quoique Lequeux et Chomé aient rapporté un cas de guérison, avec ligature en pleine thrombose (obs. VII), il semble cependant plus rationnel de lier plus haut.

L'opération pour avoir des chances de succès doit être précoce.

En 1912, Vanverts et Paucot, ont réuni 81 cas de ligatures ou d'ablations de veines, ayant donné 49 morts et 33 guérisons. Les statistiques de Lequeux et Chomé sont encore plus sévères. Elles donnent 3,7 % de guérisons.

Cependant dans cette forme de thrombo-phlébite suppurée l'opération est légitime. La légitimité de cette méthode thérapeutique est basée :

a) Sur la fréquence de ces thromboses pelviennes au cours de la pyohémie puerpérale. Nous avons vu la statistique de Faix, où sur 19 autopsies il a trouvé la thrombose sans autre lésion 6 fois.

b) Sur la localisation de la thrombose la rendant chirurgicalement accessible. Sur les 19 cas cités par Faix, la phlébite était :

Limitée aux veines pelviennes dans.....	12 cas,
soit aux veines latéro-utérines dans.....	4 —
— utéro-ovarienne dans....	9 —
— iliaques dans	3 —

c) Enfin sur la haute gravité des cas. Boquel, au Congrès de Strasbourg l'a bien montré en disant : « c'est la planche de salut que nous tend la nature, montrant la résistance et la valeur de ses moyens de défense. Il n'y a dans ces cas presque toujours mortels rien à perdre et quand on le peut, avant que la septicémie ait définitivement fait son œuvre, il ne faut pas se croiser les bras. Aide toi le ciel t'aidera ». Alfieri (de Pavie) au même Congrès a conseillé la ligature des veines thrombosées.

d) Mais le plus souvent les symptômes phlébitiques sont associés à des signes traduisant l'atteinte du muscle utérin. Presque toujours ces symptômes phlébitiques sont masqués par le fracas infectieux de la métrite puerpérale et cependant l'existence de la thrombo-phlébite est utile à connaître. C'est ici que la mesure de la pression artérielle donne des renseignements précieux. Une forte baisse de la tension est en rapport avec des lésions utérines pures. Une pression élevée ou même normale avec un fort indice doit faire soupçonner une localisation veineuse (obs. IV et VI). Il est certain que de telles lésions sont rarement curables; aussi sans attendre beaucoup de l'intervention, croyons nous qu'il est indiqué devant la gravité du cas de s'en tenir à la ligne de conduite suivante :

Premier temps. Ligature des veines; c'est par là qu'il faut commencer, car les manœuvres faites sur l'utérus risqueraient de mobiliser un caillot septique et de provoquer l'issue fatale en pleine intervention.

Deuxième temps. Hystérectomie totale.

Lorsque cette intervention est décidée, le diagnostic de la thrombo-phlébite nous offre encore une grosse indication. Dans ce cas il ne saurait être question de la voie vaginale, c'est par la voie haute qu'il faut intervenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Extraite de l'ouvrage de PINARD et WALLICH : *Sur le traitement de l'infection puerpérale.*)

La nommée C..., primipare, entre à la clinique Baudelocque le 12 avril 1890. Dernières règles le 29 juillet. Grossesse de 7 mois 1/2 environ; le palper fait reconnaître une présentation du sommet.

Le 13 avril, à 1 heure du matin, au début du travail, hémorragie considérable. Transportée à la salle de travail les membranes se rompent spontanément au moment où on allait les rompre. On constate une procidence du cordon. Rétropulsion du cordon à l'aide de la main.

A 5 heures expulsion d'un enfant de 2.280 grammes ne respirant pas. Délivrance artificielle. Le deuxième jour après l'accouchement, la température s'élève à 38°3, le cinquième jour à 38°5; le sixième jour elle n'atteignit pas 38°, mais resta à 37°5. Le neuvième jour, la température était normale; elle resta ainsi jusqu'au quatorzième jour.

L'état général paraissait normal, lorsque subitement cette femme éprouva une douleur vive dans le côté gauche avec maximum du côté de l'épaule. Bientôt la respiration devint haletante, et très douloureuse. Râles sibilants à l'auscultation; rien à la percussion; ventouses sèches; état stationnaire pendant la nuit et la journée, mais le lendemain la température s'éleva à 37°8, le lendemain à 38° pour atteindre 38°4 le troisième jour après l'apparition du point de côté; ce jour là au niveau du mollet gauche, œdème et douleur. Immobilisation du membre, application de compresses trempées dans une solution d'ammoniaque.

Guérison complète et sortie de Baudelocque le 40^{me} jour.

OBSERVATION II

(Thèse de TILLET, Paris, 1900).

Mme V..., 32 ans, bonne santé habituelle, réglée à 13 ans. Actuellement, elle a deux enfants vivants bien portants; elle n'a jamais été malade; elle n'a jamais fait de fausse couche; elle met au monde pour la 3^{me} fois en accouchant d'une fille le 1^{er} mai 1900.

15 *Mai*. — Frissons le soir, accompagnés de courbature; sécrétion lactée très diminuée.

18 *Mai*. — Point de côté droit violent; dyspnée; insomnie.

19 *Mai*. — Expectoration de quelques crachats sanglants avec symptômes de congestion pulmonaire à type pleurétique. Matité, égophonie, pectoriloquie aphone et souffle expiratoire tellement net qu'on pratique une ponction exploratrice qui reste sans résultat. Examen du cœur et des membres inférieurs négatif; le diagnostic d'embolie pulmonaire précoce est porté et on procède à l'immobilisation des membres inférieurs.

20 *Mai*. — L'hémoptisie a cessé.

23 *Mai*. — Douleur du côté gauche qui se présente au palper d'abord dur et sans œdème.

27 *Mai*. — Douleur au mollet disparue; signes thoraciques effacés.

2 *Juin*. — Nouveau frisson suivi de point de côté; orthopnée; tendances syncopales fréquentes.

3 *Juin*. — Mêmes signes thoraciques que du côté droit; expectoration sanglante; l'état de la malade semble s'aggraver; mais après une piqure de morphine, le calme revient.

4 *Juin*. — Un seul crachat sanglant; la douleur du mollet gauche est revenue; œdème du pied.

10 *Juin*. — L'œdème grandit, la phlegmatia alba dolens se dessine franchement.

La malade se lève pour la première fois le 5 Juillet; la phase embolique a duré ainsi 25 jours.

Voilà deux observations où les accidents emboliques furent suivis de phlegmatia. Dans l'observation qui va suivre, prise à Bordeaux, il n'y eut pas de phlegmatia consécutive.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Docteur COURBIN).

M. L..., 20 ans, est entrée au pavillon d'isolement pour avortement de 4 mois 1/2 fait en ville la veille.

Il y aurait rétention placentaire.

Examen. — Cette malade a dû saigner abondamment si on en juge par sa paleur; l'utérus est un peu gros, mais pas douloureux; les culs-de-sac normaux.

Le col étant fermé, M. le Docteur Courbin fait un curettage et on ramène effectivement pas mal de débris.

Le soir du 2^{me} jour pouls à 112, température 39°. Mais le 3^{me} et 4^{me} jour tout revient à la normale. Subitement le 5^{me} jour, la jeune malade est prise d'un point de côté violent, résistant à toute thérapeutique et assez intense pour imposer la morphine. Il y a eu des secousses de toux, mais pas le moindre crachat. Le pouls monte à 112, la température à 39°.

Le lendemain on entend à la base droite un petit foyer de crépitants très fins qui font place rapidement à une légère obscurité respiratoire.

4 jours après l'embolie, la fièvre tombait. Mais le pouls restait instable et l'immobilité fut gardée jusqu'au 25^{me} jour.

Il n'y eut pas d'accident nouveau.

Tension : 14. 81/2. Indice : 2.

OBSERVATION IV

(MM. PÉRY et COURBIN. Service de M. le Prof. agrégé PÉRY).

(Un cas d'hystérectomie pour infection puerpérale grave; thrombo-phlébite des veines du ligament large).

Il s'agit d'une femme de 32 ans, de santé excellente, qui a accouché normalement le 13 février 1922.

Quatrième jour. — Température 38°; écoulement de lochies fétides traitées par des irrigations intra-utérines de Dakin toutes les trois heures.

Cinquième jour. — Température du matin et du soir 40°, pouls à 130; facies excellent; euphorie complète; langue humide, urines abondantes, pas de signe de Delbet, utérus un peu mou, mais se contractant de temps en temps sous la main. Pertes fétides et roussâtres.

La tension enfin est de 17-8, indice : 5 1/2.

Septième jour. — Même état. Malgré l'avis du médecin qui a envoyé la malade et qui affirme que le délivre est complet, nous portons le diagnostic de rétention placentaire. Le curage digital ramène en effet, un cotilédon putrilagineux.

Huitième jour. — Détente relative. Température 37°8; pouls à 124.

Dixième jour. — Malgré 80 centi-cubes de sérum anti-streptococcique, les phénomènes infectieux s'allument de nouveau très intenses. Délire; le facies devient terreux; le fond utérin reste mou et élevé; par crainte d'une rétention de caillots, on explore sa cavité, sans résultats d'ailleurs. Le vagin est très rouge; des placards verdâtres de fausses membranes voilent çà et là sa surface.

Onzième jour. — Température 39°8; pouls 140; tension : 14-8. La triade de Courbin : facies toxique, utérus gris et mou, pertes noirâtres et fétides, est des plus nettes. Tous les moyens médicaux ont échoué, l'abcès de fixation n'a que très faiblement réagi.

Dans ce cas particulier, l'infection est déjà bien généralisée; cependant en dernière analyse, nous avons tenté l'hystérectomie. Nous comptions trouver un gros utérus, parsemé de petits abcès histologiques, cela et pas autre chose, car les culs-de-sac étaient remarquablement souples, le ventre plat, indolore, le signe de Delbet manquait. Par quelle voie agir? Le vagin est vraiment trop enflammé, trop couvert de fausses membranes pour que nous puissions passer par là. Bien nous en prit d'ailleurs, car nous sommes tombés sur des lésions complexes et nettement au dessus de l'art. Le ventre ouvert, on constate que le paramètre gauche est énorme et semble continuer le fond de l'utérus; il y a là un œdème, une infiltration étendue, remontant même du côté gauche, le long du paquet ovarien.

Où se trouvent les organes nobles dans cette masse œdémateuse? D'emblée une totale nous paraît impossible. Nous faisons une sub-totale avec évidemment du moignon cervical; mais la section des veines utérines gauches fut suivie d'un écoulement de pus par la tranche de section. Le gros œdème dont je viens de parler, dépendait donc d'une phlébite suppurée dont le pronostic ne faisait pas de doute. Il ne suffisait pas d'enlever l'utérus; il fallait lier la veine hypogastrique, seule chance à donner à l'opérée d'échapper aux embolies septiques; nous avons essayé, mais de suite, l'isolement d'une veine enflammée, parmi les organes aussi capitaux que l'artère iliaque externe, l'hypogastrique, l'uretère, au milieu des flots de sérosité, nous a paru devoir constituer une tentative folle. Pour terminer nous avons placé une mèche dans le col, et sur le plancher péritonéal reconstitué avec soin, un drainage à la Mickulicz.

La fièvre est tombée à 38°5; le pouls est resté à 140. Le shok a été très relatif de sorte que nous sommes persuadés que si nous avions eu affaire simplement à des lésions utérines notre malade eut été sauvée. Elle a survécu 6 jours. Le cinquième il y eut une détente relative : pouls à 132, facies meilleur, besoin de toilette, de coquetterie de visage. Mais dans la nuit, un point de côté brusque, avec toux quinteuse survient; mort le lendemain dans des phénomènes dyspnéiques.

Autopsie. — Légère réaction péritonéale limitée à l'étage inférieur. Le Mickulicz et le grand épiploon ont protégé le reste de la cavité. Sous le voile péritonéal, le moignon cervical et la base du ligament large ont un aspect sanieux et purulent.

Des deux côtés, les veines utéro-ovariennes sont thrombosées; la veine hypogastrique droite est saine et vide, la gauche, au contraire, est trois fois plus grosse, mais contrairement aux plexus utérins qui contenaient du pus, ici, on ne trouve que des caillots.

Poumon droit. — Congestion intense de la moitié inférieure, pas de gros infarctus; il est probable qu'il y a eu une petite embolie septique avec grosse réaction inflammatoire secondaire. Par ailleurs, rien de particulier.

Examen du pus phlébitique péri-utérin : streptocoques.

Examen d'un fragment utérin prélevé : la muqueuse est remplacée par une couche purulente.

Utérus profondément infecté : on trouve de véritables petits abcès jusqu'à proximité de la séreuse.

Le péritoine est très épaissi.

OBSERVATION V

(L'observation de la malade suivante a été brûlée après la mort du regretté maître Venot. Nous avons retrouvé chez M. le Professeur Sabrazès les particularités anatomo-pathologiques dont nous avons dit un mot plus haut. M. le Docteur Courbin qui avait opéré la malade d'urgence, et avait conservé la feuille de température, nous a dit l'essentiel de l'histoire clinique).

Mlle B..., 26 ans, arrive à l'hôpital le 18 janvier 1923, pour des suites d'avortement pathologique. Son état paraît tellement grave à l'interne de garde qu'il fait appeler le médecin résidant.

Teint plombé; pertes fétides à odeur gangréneuse; utérus mou. M. le Docteur Courbin reconnaît la triade qu'il avait antérieurement décrite dans ces sortes de cas et intervient par l'hystérectomie vaginale, facilement et rapidement effectuée.

Suites graves : température oscillant entre 38° et 38°5. Les 6 premiers jours le pouls entre 100 et 120. Au 7^{me} jour, le pouls qui l'avant-veille était à 108, la veille à 120, passe à 130 réalisant ainsi un cas typique de pouls de Malher. Quelques frissons; température entre 37° et 37°8.

Le 8^{me} jour, la température tombe à 37°, le pouls à 104, l'état général s'améliore manifestement. Les pinces à demeure sont enlevées. Dans les jours qui suivent la malade paraît s'acheminer progressivement vers la guérison. La partie paraît sauvée.

Au 14^{me} jour la malade meurt subitement.

L'autopsie a montré la présence d'une thrombo-phlébite que l'intervention vaginale n'avait pas permis de conjurer.

OBSERVATION VI

(MM. CHARBONNEL et RIOUX).

Mme X..., 28 ans, ayant eu deux enfants, sans fausses couches antérieures, pourtant suspecte de syphilis, sans que cela puisse être vérifié par un Wassermann, enfin relevant de grippe, fait le 9 avril 1922 une fausse couche, qui passe d'abord inaperçue. Ce n'est qu'au dixième jour que le médecin traitant constate par le toucher, l'issue à travers l'orifice entr'ouvert d'un col ramolli de membranes fœtales. La fièvre a commencé; il y a de fortes hémorragies et des pertes odorantes. Des tentatives infructueuses d'extraction du placenta sont pratiquées et deux jours après, la malade est admise à l'hôpital Bel-Air, le 13 avril au matin. Elle a 39°; pas de frissons; pouls à 130; pertes fétides; facies pâle, hémorragique; aucune réaction péritonéale; au toucher par le col mou, font issue les membranes, et le cordon ombilical rompu.

Première phase. — Après injection de sérum et curage utérin complété par un curettage prudent à la curette mousse, extraction des membranes et de tout le placenta volumineux, commençant à subir un début de putréfaction; écouvillonnage; installation d'un Dakin discontinu intra-utérin.

Deuxième phase. — Dans le jour qui suit (14 avril) la température tombe à 37°.

Troisième phase. — Ensuite dans les jours qui suivent, elle oscille autour de 38°, sans frissons. La malade a toujours le facies pâle, anémique plutôt que toxique; par le vagin s'écoulent des pertes abondantes, mais non noirâtres, ni fétides.

Quatrième phase. — Le 23 avril au soir, 10^{me} jour, premier grand frisson solennel avec 40°, cyanose, dyspnée, pouls bondissant à 140 pulsations. Toujours rien à l'examen de l'abdomen et du pelvis. L'utérus diminué de volume est un peu à droite et peut être le cul-de-sac de ce côté est-il moins souple. L'examen micro-biologique du pus utérin (Piéchaud) donne : entérocoque. (?)

Le 24, même frisson violent. La question de l'intervention vaginale ou même par voie haute se pose. Après discussion

avec les Docteurs Charrier et Bardon, qui voient la malade à ce moment-là, elle est rejetée. Le soir nous en parlons avec le Docteur Andérodias, qui, d'après ce que nous lui racontons, trouve l'hystérectomie déjà tardive. L'idée est abandonnée.

Cinquième phase. — A partir de ce moment, c'est le tableau lamentable habituel : grands frissons souvent bi-quotidiens avec période intercalaire d'euphorie. L'instillation intra-utérine de Dakin est supprimée le 25 ; d'ailleurs les pertes ont presque cessé à ce moment-là : l'infection est plus haut. Tous les moyens médicaux employés restent sans résultat.

Deux hémocultures pratiquées le 25 et 28 avril furent négatives.

Le 15 Mai on trouve un abcès superficiel thoracique droit, certainement développé depuis plusieurs jours. L'incision montre un abcès d'aspect streptococcique, avec pus mal lié ; nécrose des plans cellulux.

A la suite de l'incision de cet abcès qui a parfaitement guéri en une vingtaine de jours, il semble qu'il y ait eu du 16 au 18 Mai une amélioration et que ce soit là, la localisation providentielle qui va juger l'infection. Mais le 19, la température remonte. Notons qu'à partir de ce moment les frissons sont moins violents, mais plus fréquents, et ce changement d'allure se traduit sur la feuille de température dont la courbe ne montre plus de grands clochers, mais reste autour de 38, 39°.

Des douleurs articulaires martyrisent cette pauvre malade. Vers le 28, apparaissent les signes d'une phlegmatia droite qui ne change rien à la marche de la maladie. On cherche à dépister quelque suppuration sournoise sans rien trouver.

Une eschare sacrée se développe suivie d'un vaste décollement fessier qu'il faut inciser et drainer.

Enfin, le délire se développe ; la malade est de plus en plus cachectique, la peau se sèche, le pouls est de plus en plus élevé avec des intermittences. La mort survint le 27 juin.

L'autopsie montre :

Du côté de l'appareil génital et des plexus veineux efférents : utérus petit, complètement vide de tout débris placentaire ; flasque, de couleur feuille morte, avec quelques points de suppuration de la muqueuse, sans abcès miliaires intrapariétaux. Trompe droite pleine de pus, avec réaction péri-

tonéale l'accolant à la région appendiculaire mais sans extension de l'infection péritonéale. Rien à la trompe gauche. Le pédicule veineux utérin, l'hypogastrique, les veines iliaque primitive et externe, la veine fémorale droite sont pleines de pus depuis la bifurcation de la veine cave jusqu'au milieu de la cuisse; à ce niveau, la thrombo-phlébite adhésive essayait de s'organiser de même que dans la veine cave inférieure sur 5 à 6 centimètres de haut et que dans la veine iliaque primitive gauche sur 3 à 4 centimètres. De nombreuses collatérales (fessières, etc.), sont thrombosées, et ceci est peut-être intéressant dans la pathogénie de l'eschare et de la suppuration fessière. Enfin, une péri-phlébite assez intense fait adhérer le cordon veineux aux organes adjacents et au promontaire.

A noter enfin la multiplicité et l'hypertrophie des ganglions de toute cette région.

Ce sont là, toutes les lésions macroscopiques. Nulle part d'ailleurs dans l'organisme il n'y a de suppuration localisée (en dehors de l'abcès thoracique), ni abcès miliaire métastatique. Un peu de liquide séreux dans les plèvres. Pas d'endocardite végétante.

Mais les organes, cœur, foie, rate, reins présentent l'aspect d'organes atteints par une toxémie profonde. Foie pâle, rosé; cœur mou et feuille morte. Reins mous.

S'il n'y avait pas eu cet abcès thoracique, on devrait donc intituler l'observation « Phlébite suppurée post-puerpérale extensive des veines profondes péri-utérines avec septicémie ». L'apparition de l'abcès thoracique impose pourtant l'étiquette de « septico-pyohémie ».

Notons que ce n'est qu'au 14^{me} jour que l'on trouva les indications de la tension artérielle Mn : 5. Mx : 14. Indice très élevé.

OBSERVATION VII

(MM. LEQUEUX et CHOMÉ. — Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris, 8 Novembre 1920.)

Il s'agit d'une femme de 25 ans accouchée et délivrée en ville qui entra à la clinique Tarnier le 28 juillet 1920.

Dans les jours qui suivirent, la jeune femme présenta tous les signes de l'infection puerpérale grave, avec des frissons de plus en plus fréquents. Les hémocultures répétées furent toujours négatives.

Le 3 septembre, à la suite de petites embolies pulmonaires répétées, liées vraisemblablement à la thrombose des veines hypogastriques, on décida l'intervention. Laparotomie : utérus dévié à gauche, ligament large droit se présentant sous la forme d'une grosse masse coiffée par la trompe; veines hypogastriques thrombosées sur une grande hauteur. Impossibilité d'atteindre le foyer de thrombose. Ligature en pleine thrombose; issue de pus du ligament large; drainage à la Mikulicz.

Guérison progressive et rapide.

OBSERVATION VIII

(A. J. NYUSLAY.—*Surgery, gynecology and obstetric*, Chicago, Mars 1920.)

Une jeune femme de 26 ans est envoyée à l'hôpital 10 jours après son accouchement avec le diagnostic d'appendicite. Elle souffre de la fosse iliaque droite. On ne sent aucune tumeur. Fièvre élevée. L'utérus gros et mou; pas de frissons.

Nettoyage de la cavité utérine; on ramène quelques débris placentaires et en grande abondance des productions poly-poïdes d'endométrite déciduale.

Amélioration très marquée; sédation de la douleur iliaque; toute inquiétude disparaît.

15 jours plus tard l'état général s'aggrave rapidement. Pouls 106; température 39°4; respiration 35, tandis que la douleur de la fosse iliaque réapparaît violente. L'examen ne révèle rien de net du côté du bassin; l'utérus n'est pas douloureux et on ne peut découvrir aucun foyer infectieux.

La laparotomie montre une thrombose de la veine ovarienne droite; l'intestin adjacent présente des signes nets d'inflammation et est adhérent. Appendice rétro-cæcal mais sain.

Excision de la veine ovarienne thrombosée.

La douleur iliaque cède rapidement, l'état général s'améliore vite. Et quelques semaines après, la guérison était complète.

OBSERVATION IX

(K. WARNEKROS. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXVIII, n° 47.)

Une jeune femme de 24 ans, enceinte pour la quatrième fois entre d'urgence à la clinique pour métrorragies abondantes survenues pendant le travail.

L'examen fait reconnaître la présence d'un placenta praevia. On pratique la manœuvre de Braxton-Hicks et deux heures plus tard, la femme accouche d'un mort-né.

Inertie utérine; tamponnement. Une heure après, la température dépasse 39° et reste les jours suivants entre 38 et 39°; les lochies sont fétides. L'examen bactériologique révèle la présence de streptocoques.

Le 4^{me} jour, la température dépasse 40° et la malade est secouée à deux reprises d'un grand frisson. L'examen du sang prélevé à ce moment là, permet d'obtenir en 48 heures des cultures de streptocoques; celles-ci sont de plus en plus abondantes et se développent de plus en plus vite. A la dernière prise, elles apparaissent en 12 heures et remplissent entièrement le tube.

Il s'agit d'une septicémie sévère et qui va s'aggravant malgré de multiples essais thérapeutiques avec toute sorte de sérums et de vaccins. L'état général devient inquiétant.

On fait une laparotomie. L'utérus et les annexes sont en bon état. Les veines spermatiques sont thrombosées sur presque toute leur étendue; on pratique la ligature en zone saine à deux centimètres de leur embouchure; on lie également la veine iliaque primitive thrombosée, au ras de la bifurcation cave.

L'amélioration est très rapide.

On note encore deux frissons au cours de la première journée; puis tout rentre dans l'ordre; la température tombe, et la malade sort guérie le vingtième jour.

CONCLUSIONS

I. — Les thrombo-phlébites oblitérantes simples sont assez fréquentes, et se manifestent le plus souvent par des embolies pulmonaires; c'est ce qui en fait la gravité.

Cette embolie est quelquefois un signe qui permet de prévoir l'extension de la phlébite aux membres inférieurs.

Comme traitement, ces sortes de phlébites comportent la médication générale des phlébites.

II. — Les thrombo-phlébites à type pyohémique sont beaucoup plus rares. Elles rentrent dans le cadre général des pyohémies.

III. — Beaucoup plus intéressantes sont les thrombo-phlébites suppurées qui permettent une thérapeutique. Le point le plus important de notre étude a porté sur les symptômes qui permettaient de les reconnaître : les frissons, les altérations du pouls et de la température, le cordon induré d'un cul-de-sac en sont les signes les plus précieux.

Quand il n'y a que des symptômes purement phlébitiques, ils permettent l'opération idéale de Trendelenbourg ou de Bumm.

Le pus souvent les symptômes phlébitiques sont associés à des symptômes de gravité égale ou supérieure : l'infection puerpérale.

Leur grand intérêt est qu'ils imposent le choix lorsqu'ils sont bien nets, entre la voie haute et la voie basse au chirurgien.

gien qui a décidé d'intervenir au cours de l'infection puerpérale grave.

Jusqu'à présent ces interventions n'ont été tentées que dans des cas d'extrême gravité et avec peu de succès. Aussi, croyons-nous, qu'il vaut mieux prévenir l'infection, par des injections d'arsénobenzol par exemple, comme on le fait depuis quelque temps à la Clinique obstétricale de Bordeaux. Cette nouvelle thérapeutique a déjà donné des résultats encourageants; c'est une question encore à l'étude.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

MAURICE RIVIÈRE.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Novembre 1923.

Le Recteur de l'Académie

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFIERI. — Aperçu sur les moyens thérapeutiques pour combattre la fièvre puerpérale (Congrès de Strasbourg, 1923).
- ARNOZAN. — Les embolies pulmonaires suivies de guérison. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1889).
- BALARD. — La valeur pronostique des examens oscillométriques dans les infections puerpérales. (*Bull. d'Obst. et Gynécol.*, 12 avril 1921).
- BAR (P.). — La chaux dans le sang.
- BAR (P.), BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique dans l'art des accouchements (3^{me} édition, 1914).
- BENOIST. — Thèse de Paris.
- BOQUEL. — *La Gynécologie* (août 1923).
- CADENAT. — L'hystérectomie vaginale (*La Presse médicale*, 4 janvier 1920).
- CARTON. — Thèse de Paris.
- CHANTEMESSE. — Coagulation et décoagulation du sang dans les veines. Prophylaxie de la thrombose et de l'embolie. (*Bull. médical*, 13 janvier 1909).
- COTTE. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (Rapport au Congrès de Paris, 1921).
- DUPIN. — Thèse de Bordeaux, 1923
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.

- FAIX. — Quelques mots sur la ligature des veines du bassin dans la pyohémie puerpérale. (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1906).
- FAURE (J.L.). — Compte-rendu à la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris (Mai 1921).
- HEIDEMANN. — Die Thrombose im wochenbett. (*Monatschrift für Geburt*, 1901).
- HERVIEUX. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales (1870).
- JEANNIN (Cyrille), VANVERTS et PAUCOT. — Les phlébites puerpérales. (Rapport présenté à la Soc. d'Obst. de France, 1912).
- KELLER. — Un cas de fièvre puerpérale. (*Bull. d'Obst. et Gynéc.*, 1921).
- LEJARS (F.). — Chirurgie des gros troncs veineux. (Rapport au XIX^e Congrès français de Chirurgie).
- LEQUEUX et CHOMÉ. — Congrès de Strasbourg, 1923.
- LOUBAT. — Exemples anatomiques de l'infection puerpérale. (Soc. d'Obst. et Gynécol., Bordeaux, 1922).
- MALHER. — Thrombose. Lungen embolie und plotzlichen Tod. (*Arbeits der Dresdener Frauenklinik*, 1895).
- NYUSLAY A.-J. — Surgery. Gynecology and obstetrics. (Tome xxx, Chicago, Mars 1920).
- PÉRY et COURBIN. — *Bull. d'Obst. et Gynécol.*, 1921.
- PÉRY et COURBIN. — Sur un cas d'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Considérations sur le diagnostic des thrombo-phlébites du ligament large. (Soc. d'Obst. et Gynécol. de Bordeaux, 1922).
- PINARD. — Phlegmatia alba dolens ayant atteint les quatre membres. (Soc. d'Obst. et Gynécol. Paris, avril 1905).
- PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale.
- POTWIN. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale (Congrès de Paris, 1921).

- RICHTER. — Thrombose und embolie in Wochenbett. (*Archiv. für Gynécologie*, 1905).
- SCHICKELÉ et RIOTTE. — Recherches histologiques sur l'infection puerpérale. (Congrès de Strasbourg, 1923).
- SIREDEY. — Les maladies puerpérales (1884).
- TARDIER et BURDIN, — Traité de l'art des accouchements.
- TESTUT. — Anatomie descriptive.
- TILLET. — Thèse de Paris, 1903.
- THOMAS. — Zeitsch. für geburt, 1908.
- VANEY. — Thèse de Nancy, 1906.
- VANWERTS (J.). — Des indications de l'hystérectomie tirée des résultats du curettage dans l'infection post-abortum. (*Gynécol. et Obst.*, avril 1922).
- WALLICH. — Sur la phlébite utérine. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynécol. de Paris*, avril 1907).
- WARNEKROS. — *Münchener medizinische Wochenschrift*. (Tome LXVIII, Munich, Novembre, 1921).
-

